



## FORMULAIRE DE DON

### RENSEIGNEMENTS SUR LE DONATEUR :

Nom (*prénom et nom de famille*) : \_\_\_\_\_

Entreprise (*si applicable*) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse du reçu (*si différente de ci-dessus*) : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

### JE DÉSIRE CONTRIBUER :

Don mensuel :  100\$  50\$  25\$  \_\_\_\_\_\$ (*autre montant*)

Don unique :  1 000\$  500\$  100\$  50\$  25\$  \_\_\_\_\_\$ (*autre montant*)

### Mode de paiement :

Carte de crédit :  MasterCard  Visa  Amex

Nom du détenteur : \_\_\_\_\_

Numéro de la carte : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Expiration: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (*mm/aa*)

Chèque — pour don unique, veuillez libeller le chèque à l'ordre de la **Fondation de l'hôpital St. Mary**

— pour un don mensuel, veuillez contacter la Fondation au 514 734 2694 pour de plus amples détails

Comptant

### Désignation du don :

Veuillez verser mon don aux besoins prioritaires de St. Mary

Autre (*s.v.p. spécifier*): \_\_\_\_\_

CE DON EST :  À LA MÉMOIRE DE  EN L'HONNEUR DE : \_\_\_\_\_

MESSAGE : \_\_\_\_\_

### VEUILLEZ AVISER LA/LES PERSONNES SUIVANTES DE MON DON :

Nom (*prénom et nom de famille*) : \_\_\_\_\_

Entreprise (*si applicable*) : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_ Langue :  Français  English

Courriel : \_\_\_\_\_

Numéro d'enregistrement # 11918 9108 RR0001

*merci de tout coeur*